

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil penelitian

Hasil penelitian ini menguraikan tentang dua asuhan keperawatan yang diteliti menggunakan teknik studi dokumentasi dengan mengobservasi dokumen keperawatan pada pasien PPOK di Ruang ICU BRSUD Tabanan. Pada penelitian ini menggunakan 2 rekam medik yang dilakukan selama 3 hari. Dua rekam medik tersebut adalah dokumen subyek studi kasus asuhan keperawatan. Pada subyek pertama dilakukan penelitian pada tanggal 30 Maret-2 April 2020, sedangkan subyek kedua pada tanggal 3-6 April 2020. Hasil penelitian ini saya dapatkan dari repository kakak tingkat pada tahun 2018 jurusan keperawatan Poltekkes Denpasar. Subyek pengamatan yang dilakukan terdiri dari lima langkah proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Hasil penelitian dituangkan dalam bentuk tulisan-tulisan sesuai yang ada pada rekam medik pasien dari proses pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dari hasil dokumentasi didapatkan yaitu:

1. Pengkajian

Pengkajian data subjektif dan objektif pada rekam medis pasien dijelaskan dalam bentuk tabel di bawah ini.

Tabel 1 Pengkajian Keperawatan Pada PPOK Dengan Gangguan Pertukaran Gas Di Ruang ICU BRSUD Tabanan Tahun 2020

Data subyektif dan obyektif	
Subyek 1 (Tn. D)	Subyek 2 (Tn. A)
1	2
Subyek 1 yang dirawat di Ruang ICU senin, 30 Maret 2020 pukul 08.00 wita. Pengkajian data subjektif dan objektif pada rekam medis subyek Tn. D didapatkan data subjektif pasien mengatakan sesak napas dan batuk sejak 2 hari, pasien mengatakan pusing dan penglihatan kabur dan data objektif pasien tampak gelisah, pola napas pasien abnormal, pasien tampak lemah dan warna kulit abnormal, kesadaran pasien menurun, TD : 130/90 mmHg, N : 115x/mnt, S : 36,6 ⁰ C, RR : 30 x/mnt, PCO ₂ meningkat, PO ₂ menurun, ph arteri menurun	Subyek 2 yang dirawat di Ruang ICU jumat, 3 April 2020 pukul 08.00 wita. Pengkajian data subjektif dan objektif pada rekam medis subyek Tn. A didapatkan data subjektif pasien mengatakan sesak napas, batuk, pasien mengatakan pusing dan data objektif, pola napas pasien abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran pasien menurun, TD : 110/70 mmHg, N : 86x/mnt, S: 36,8 ⁰ C, RR : 32 x/mnt, PCO ₂ meningkat, P0 ₂ menurun, ph arteri menurun

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan dikumpulkan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 15 pernyataan yang berisi tentang rumusan diagnosa keperawatan yang mengacu pada standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI) dengan komponen *problem. etiology, sign and symptom* (PES). Pada subyek PPOK didapatkan masalah

keperawatan yang sama pada subyek 1 dan subyek 2 yaitu gangguan pertukaran gas. Masalah keperawatan didapat dari catatan perkembangan yang didapatkan di ruangan.

Tabel 2 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien PPOK Dengan Gangguan Pertukaran Gas Di Ruang ICU BRSUD Tabanan Tahun 2020

Diagnosa keperawatan	
Subyek 1 (Tn. D)	Subyek 2 (Tn. A)
1	2
Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi di tandai dengan dyspnea, pusing, penglihatan kabur, gelisah, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, PCO_2 meningkat, PO_2 menurun, ph arteri menurun	PPOK berhubungan dengan gangguan pertukaran gas di tandai dengan dyspnea, pusing, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran abnormal, PCO_2 meningkat, PO_2 menurun, ph arteri menurun

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan dikumpulkan dengan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari intervensi utama dengan total 7 pernyataan mengenai rencana asuhan keperawatan untuk gangguan pertukaran gas pada PPOK berdasarkan intervensi yang mengacu pada standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).

Berdasarkan hasil pengamatan dari rekam medik, perencanaan keperawatan pada subjek 1 dan subjek 2 dengan diagnosa medis PPOK, tujuan dan kriteria hasil serta perencanaan kedua dokumen memiliki kesamaan.

Tabel 3 Intervensi Keperawatan Pada Pasien PPOK Dengan Gangguan Pertukaran Gas Di Ruang ICU BRSUD Tabanan Tahun 2020

Tujuan	Rencana Tindakan
Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan mobilisasi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil:	Rencana tindakan mandiri perawat terdiri dari :
1. PCO ₂ membaik	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
2. PO ₂ membaik	2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul, cheyne-stroke, biot</i> , ataksik)
3. Takikardia membaik	3. Monitor efektifitas terapi oksigen (oksimetri, analisa gas darah)
4. Ph arteri membaik	4. Pertahankan kepatenan jalan napas
5. Sianosis membaik	5. Memberikan posisi semi fowler
6. Pola napas membaik	6. Ajarkan melakukan relaksasi napas dalam
7. Warna kulit membaik	7. Kolaborasi dalam pemberian bronchodilator

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang sudah dilaksanakan dikumpulkan dengan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 7 pernyataan. Implementasi yang dilakukan pada subyek pertama dan subyek kedua telah dilakukan sesuai dengan perencanaan dan dilakukan selama 3x24 jam.

Tabel 4 Implementasi Keperawatan Pada Pasien PPOK Dengan Gangguan Pertukaran Gas Di Ruang ICU BRSUD Tabanan Tahun 2020

Implementasi Keperawatan	
Dokumen Subyek Pertama (Tn. D)	Dokumen Subyek Kedua (Tn. A)
1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas	1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
2. Memonitor pola napas	2. Memonitor pola napas
3. Memonitor analisa gas darah	3. Memonitor analisa gas darah

4. Mempertahankan kepatenan jalan napas	4. Mempertahankan kepatenan jalan napas
5. Merubah posisi pasien	5. Merubah posisi pasien
6. Mengajarkan melakukan relaksasi napas dalam	6. Mengajarkan melakukan relaksasi napas dalam
7. Kolaborasi dalam pemberian bronchodilator	7. Kolaborasi dalam pemberian bronchodilator

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan yang dihasilkan dikumpulkan menggunakan pedoman observasi dokumentasi yang terdiri dari 7 pernyataan evaluasi keperawatan yang menggunakan indikator evaluasi berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI)

Tabel 5 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien PPOK Dengan Gangguan Pertukaran Gas Di Ruang ICU BRSUD Tabanan Tahun 2020

Evaluasi Keperawatan	
Subyek 1 (Tn. D)	Subjek 2 (Tn. A)
1	2
Evaluasi yang di dapatkan setelah 3x24 jam pada tanggal 24 february 2020 pukul 09.00 wita dilakukan implementasi yaitu :	Evaluasi yang di dapatkan setelah 3x24 jam pada tanggal 1 maret pukul 10.00 wita dilakukan implementasi yaitu :
S : pasien mengatakan masih sesak dan batuk mulai berkurang serta pusing dan penglihatan kabur mulai berkurang	S : pasien mengatakan masih sesak, batuk sudah berkurang, pasien mengatakan pusing mulai berkurang
O:pasien tampak gelisah, pola pernapasan pasien abnormal, pasien tampak masih batuk, warna kulit tampak normal, keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran tampak normal, TD : 130/90	O:pola pernapasan pasien abnormal, pasien tampak masih batuk, warna kulit normal, kesadaran pasien tampak normal, TD : 110/70

mmHg, N : 115x/mnt, S : 36,6 ⁰ C, RR : 30 x/mnt, PCO ₂ meningkat, PO ₂ menurun, ph arteri menurun	mmHg, N : 86x/mnt, S: 36,8 ⁰ C, RR : 32 x/mnt, PCO ₂ meningkat, PO ₂ menurun, ph arteri menurun
A : masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian	A : masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian
P : melanjutkan intervensi	P : melanjutkan intervensi

B. Pembahasan

Pembahasan hasil studi dokumentasi pada penelitian ini akan membandingkan hasil pengamatan terhadap dua dokumen pasien yang berbeda dengan kasus yang sama yang telah didapatkan dari Ruang ICU BRSUD Tabanan dengan teori yang sudah ada. Pada pembahasan ini dibahas kesenjangan antara teori/kajian pustaka dengan hasil studi kasus yang didapat dilapangan untuk menjawab tujuan khusus dari studi kasus ini. Kesenjangan-kesenjangan ini dibahas secara bertahap mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Adapun kesenjangan tersebut dimulai dari pengkajian yang terkaji pada dua pasien, pasien pertama (Tn. D) terkaji 67% data mayor dan 67% data minor. Sedangkan pasien kedua (Tn. A) terkaji 67% data mayor dan 45% data minor. Diagnosa keperawatan terkaji 53% dengan diagnosa gangguan pertukaran gas. Intervensi terkaji pada dua pasien yaitu 42%. Implementasi terkaji 42% pada kedua pasien. Dan evaluasi terkaji 71%. Adanya kesenjangan hasil yang didapat dikarenakan di Ruang ICU BRSUD Tabanan perawat belum menggunakan buku SDKI, SIKI, dan SLKI sebagai pedoman keperawatan.

Dokumen pasien 1 dilakukan penelitian pada tanggal 30 Maret-2 April 2020 sedangkan dokumen pasien 2 dilakukan penelitian pada tanggal 3-6 April 2020. Dalam pembahasan ini peneliti mendapatkan hasil penelitian dari repository kakak tingkat pada tahun 2018 jurusan keperawatan Poltekkes Denpasar. Peneliti akan memberikan argumentasi tentang hasil yang di

dapat dari perbandingan hasil pengamatan dilapangan dengan teori yang ada, adapun hasil pembahasan studi dokumentasi sebagai berikut :

1. Pengkajian

Data yang perlu dikaji berkaitan dengan gangguan pertukaran gas menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) terdapat tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda gejala mayor yang meliputi data subjektif yaitu dispnea, yang meliputi data objektif yaitu PCO_2 meningkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, PH arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan. Tanda gejala minor yang meliputi data subjektif yaitu pusing dan penglihatan kabur, sedangkan data objektif yaitu, sianosis, diaphoresis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ireguler, dalam/dangkal), warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan), dan kesadaran menurun.

Hasil pengkajian yang ditemukan pada dokumen subyek pertama dan kedua yaitu pada subyek pertama pengkajian data subjektif dan obyektif pada rekam medis subyek Tn. D didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih sesak dan batuk mulai berkurang serta pusing dan penglihatan kabur mulai berkurang, dan data objektif pasien keadaan umum pasien lemah, pasien tampak gelisah, pola pernapasan pasien abnormal, dan pasien tampak masih batuk, warna kulit tampak normal, keadaan pasien tampak normal, TD : 130/90 mmHg, N : 115x/mnt, S : $36,6^{\circ}C$, RR : 30 x/mnt, PCO_2 meningkat, PO_2 menurun, ph arteri menurun

Sedangkan pada subyek kedua pengkajian data subjektif dan obyektif pada rekam medis subyek Tn. A didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih sesak dan batuk sudah berkurang, pasien mengatakan pusing mulai berkurang, dan data objektif keadaan umum pasien lemah, pola pernapasan pasien abnormal, pasien tampak masih batuk, warna kulit tampak normal, kesadaran pasien tampak normal, TD : 110/70 mmHg, N : 86x/mnt, S: $36,8^{\circ}C$, RR : 32

x/mnt, PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, ph arteri menurun. Dari teori acuan peneliti yang mengacu pada SDKI, data mayor yang wajib ada dalam perumusan diagnosa yaitu ada 6 data mayor dan pada data minor terdapat 9 data.

Pada dokumen subyek pertama Tn. D hanya terkaji 4 data mayor yaitu dyspnea dan PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, PH arteri meningkat dan data minor terkaji 6 yaitu pusing, penglihatan kabur, gelisah, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, dan kesadaran menurun. Sedangkan data yang tidak terkaji pada data mayor ada 2 data yaitu, takikardia dan bunyi napas tambahan. Untuk data minor yang tidak terkaji ada 3 data yaitu, sianosis, diaphoresis dan napas cuping hidung.

Sedangkan dokumen subyek kedua Tn. A hanya terkaji 4 data mayor yaitu, dyspnea, PCO₂ meningkat, PCO₂ menurun, PH arteri meningkat dan data minor yang terkaji 4 data yaitu, pusing, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, dan kesadaran menurun. Sedangkan data yang tidak terkaji pada data mayor 2 data yaitu, takikardia dan bunyi napas tambahan. Dan data minor yang tidak terkaji ada 5 data yaitu, penglihatan kabur, sianosis, diaphoresis, gelisah, napas cuping hidung. Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut terdapat beberapa kesenjangan antara hasil yang didapatkan pada dokumen subyek dengan teori acuan peneliti dimana dokumen subyek pertama hanya terkaji 67% data mayor dan 67% data minor, sedangkan dokumen subyek kedua hanya terkaji 67% data mayor dan 45% data minor gangguan pertukaran gas dari teori acuan peneliti. Adanya kesenjangan hasil yang didapat dikarenakan di Ruang ICU BRSUD Tabanan perawat belum menggunakan buku SDKI sebagai pedoman pengkajian.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun

potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan pertukaran gas merupakan kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolar-kapiler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penyebab lain dari gangguan pertukaran gas yaitu ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan perubahan membrane alveolus-kapiler (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tanda gejala gangguan pertukaran gas menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) terdapat tanda dan gejala mayor dan minor. Tanda gejala mayor yang meliputi data subjektif yaitu dispnea, yang meliputi data objektif PCO_2 meingkat/menurun, PO_2 menurun, takikardia, ph arteri meningkat/menurun, bunyi napas tambahan. Tanda gejala minor yang meliputi data subjektif yaitu pusing dan penglihatan kabur, yang meliputi data objektif yaitu, sianosis, diaphoresis, gelisah, napas cuping hidung, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun. Berdasarkan perumusan diagnosa keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) menggunakan format *problem, etiology, sign and symptom* (PES).

Hasil dari dokumentasi subjek pertama dan kedua didapatkan bahwa *problem* yaitu gangguan pertukaran gas, *etiology* yaitu ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dan untuk *sign and symptom* pada dokumentasi subyek pertama ialah pasien mengatakan sesak dan batuk, pasien mengatakan pusing dan penglihatan kabur, dan data objektif pasien tampak gelisah, pola napas pasien abnormal, pasien tampak lemah dan warna kulit abnormal, pasien tampak sulit bernapas, kesadaran pasien menurun, TD: 130/90 mmHg, N: 115x/mnt, S: 36,6⁰C, RR: 30 x/mnt, PCO_2 meningkat, PO_2 menurun, ph arteri menurun dan untuk subyek kedua ialah pasien mengatakan sesak napas, batuk serta pusing dan data objektif, pola napas pasien abnormal, pasien tampak

sulit bernapas, kesadaran pasien menurun, warna kulit abnormal, keadaan pasien lemah, TD: 110/70 mmHg, N : 86x/mnt, S: 36,8⁰C, RR : 32x/mnt, PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, ph arteri menurun. Dari teori acuan peneliti menurut SDKI dalam perumusan diagnosa keperawatan terdapat 15 data pada diagnosa keperawatan yang mencakup *problem*, *etiology*, dan *sign and sympton* (PES). Dari dokumen subyek hanya 8 data yang dirumuskan yaitu gangguan pertukaran gas, dyspnea, PCO₂ meningkat, PO₂ menurun, ph arteri meingkat/menurun,pusing, penglihatan kabur, gelisah, pola napas abnormal, warna kulit abnormal, kesadaran menurun. Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut terdapat kesenjangan pada teori dengan dokumentasi yang didapat di rumah sakit dimana pada dokumen subyek hanya dirumuskan 53% data dari perumusan diagnosa keperawatan.

3. Perencanaan keperawatan

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan untuk menangani masalah gangguan pertukaran gas mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Tindakan yang direkomendasikan yaitu monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stroke*, *biot*, ataksik), monitor adanya produksi spuntum, atur interval pemantauan, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur hasil pemantauan, informasikan hasil pemantauan, monitor kecepatan aliran oksigen, monitor posisi alat terapi oksigen, monitor efektifitas terapi oksigen (oksimetri, analisa gas darah), pertahankan kepatenan jalan napas, ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara memakai oksigen dirumah, identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas, monitor status

respirasi dan oksigen, memberikan posisi semi fowler, ajarkan melakukan relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam pemberian bronchodilator. Perencanaan tindakan tersebut tidak jauh berbeda dengan intervensi yang dilakukan di rumah sakit hanya saja bahasa penyampaiannya yang sedikit berubah.

Hasil dari pengamatan dokumentasi subyek pertama dan kedua di dalam bagian intervensi yang wajib ada dalam perencanaan tindakan intervensi utama dengan total 17 pernyataan. Intervensi yang tercatat pada dokumen subyek yang terdapat pada subyek pertama dan kedua terdapat 7 intervensi yaitu monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stroke*, *biot*, ataksik), monitor efektifitas terapi oksigen (oksimetri, analisa gas darah), pertahankan kepatenan jalan napas , memberikan posisi semi fowler, ajarkan melakukan relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam pemberian bronchodilator.

Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut terdapat kesenjangan pada teori dengan dokumentasi yang didapat di rumah sakit dimana pada dokumen subyek hanya terdapat 42% data perencanaan keperawatan. Dimana terjadi kesenjangan pada teori dengan dokumentasi yang didapat di Ruang ICU BRSUD Tabanan yaitu perawat belum menggunakan pedoman buku SIKI yang digunakan untuk merencanakan tindakan keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

Hasil dari Implementasi yang dilakukan secara mandiri oleh perawat ruangan pada subyek pertama dan kedua sudah sesuai dengan intervensi yang terdapat pada lembar dokumentasi,

namun terdapat perbedaan di dalam cara penulisan yang terdapat pada intervensi dari SIKI, hal ini terjadi karena cara penulisan yang ada pada lembar dokumentasi sesuai dengan format yang telah ditentukan di rumah sakit. Dari teori acuan peneliti menurut SIKI data yang wajib ada dalam implementasi terdapat 17 pernyataan. Implementasi yang tercatat pada dokumen yang terdapat pada subyek pertama dan kedua terdapat 7 implementasi yaitu memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, memonitor pola napas, memonitor analisa gas darah, mempertahankan kepatenan jalan napas, merubah posisi pasien, mengajarkan melakukan relaksasi napas dalam, kolaborasi dalam pemberian bronchodilator.

Maka berdasarkan hasil penelitian tersebut terdapat kesenjangan pada teori dengan dokumentasi yang didapat di rumah sakit dimana pada dokumen subyek hanya terdapat 42% data perencanaan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto&Wartona, 2015).

Berdasarkan kriteria hasil dalam perencanaan keperawatan diatas yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, Ph arteri membaik, sianosis membaik, pola napas membaik, warna kulit membaik.

Hasil pengamatan lembar evaluasi pada dokumen pasien PPOK mengatasi masalah gangguan pertukaran gas pada subyek pertama dan kedua terdapat perbedaan yang terjadi didalam teknik dokumentasi evaluasi keperawatan yaitu di ruangan pendokumentasian evaluasi keperawatan tidak hanya menerangkan indikator evaluasi tetapi menggunakan format SOAP.

SOAP merupakan format yang digunakan untuk evaluasi keperawatan dimana *Subjective*, merupakan pernyataan atau keluhan dari pasien, *Objektive*, merupakan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, *Analisis*, merupakan kesimpulan dari objektif dan subjektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan) (Dinarti et al.,2009).

Untuk menentukan apakah tujuan telah tercapai atau tidak, perawat dapat menarik satu dari tiga kemungkinan simpulan : tujuan tercapai; yaitu, respons klien sama dengan hasil yang diharapkan, tujuan tercapai sebagian; yaitu hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai, tujuan tidak tercapai, *Planning*, adalah rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis tercapai, tujuan tercapai sebagian, tujuan tidak tercapai. Dari teori acuan peneliti menurut SLKI data evaluasi yang wajib ada dalam evaluasi tindakan terdapat 7 data yaitu, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, takikardia membaik, ph arteri membaik, sianosis membaik, pola napas membaik dan warna kulit membaik. Evaluasi yang tercatat pada dokumen subyek yang terdapat pada SOAP, hanya terdapat 5 data yaitu PCO₂ membaik, PO₂ membaik, Ph arteri membaik, pola napas membaik, warna kulit membaik.

Maka berdasarkan hasil penelitian terdapat kesenjangan pada teori dengan dokumentasi yang didapat di rumah sakit dimana pada dokumen subyek hanya terdapat 71% evaluasi keperawatan. Adanya kesenjangan hasil yang didapat dikarenakan di Ruang ICU BRSUD Tabanan perawat belum menggunakan buku SLKI sebagai pedoman evaluasi keperawatan.

C. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya terdapat dokumen pasien yang tidak lengkap sehingga membutuhkan waktu untuk mendapatkan dokumen yang dapat digunakan untuk penelitian ini, terdapat tulisan dalam rekam medik yang sulit untuk dibaca, terdapat tindakan yang dilakukan oleh perawat tetapi tidak dituliskan dalam rekam medik.